

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Joseph-Arnould CHOPPY

Né le 24 Septembre 1913 à Saint-Denis (Ile de la Réunion)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne de l'Hôpital général d'Eaubonne (S.-et-O.)

Contribution à l'Etude de la Compression du Duodenum par le rein droit ptosé

Du Duodénum dans la Ptose
et des indications de la Néphropexie

Président : M. LOEPER, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine

PARIS

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Joseph-Arnould CHOPPY

Né le 24 Septembre 1913 à Saint-Denis (Ile de la Réunion)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne de l'Hôpital général d'Eaubonne (S.-et-O.)

**Contribution à l'Etude
de la**

**Compression du Duodenum
par le rein droit ptosé**

Du Duodénum dans la Ptose
et des indications de la Néphropexie

Président : M. LOEPER, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
11 et 13, Rue de l'École de Médecine
PARIS

1938

LE DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants	LEREBOULLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	LAUBRY.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) .. Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri) Chimie biologique.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHTET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 J. BEZANÇON Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PHILIBERT Bactériologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ...		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER ...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
UVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLE- RY-RADOT			
SEZARY			
MM.			
ECALLE	Clinique obstétricale.		
GUENIOT			
LE LORIER			
LEVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie
RUPPE	Stomatologie.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

A MES FRERES

AU R. P. MICHEL RIQUET

*Directeur de l'Association française
des Etudiants Catholiques.*

A MADAME ET A MONSIEUR EDMOND PILLA

A MON AMI PIERRE MILTHIADE PILLA

Interne des Hôpitaux.

A MADAME L. BENARD

A MONSIEUR L. BENARD

Sénateur de la Réunion.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LÆPER

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Commandeur de la Légion d'honneur.

Qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARC BRETON

*Ancien Chef de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital d'Eaubonne
Chirurgien de l'Hôpital de Pontoise.*

Au chirurgien qui m'a fait l'honneur de me garder pendant deux ans dans son service, et qui a été pour moi un exemple quotidien de maîtrise professionnelle, de bon sens et de probité intellectuelle.

Au maître de qui la modestie n'a d'égal que son sens clinique profond et la sûreté de son diagnostic.

Humble hommage de reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN CUVILLIER

*Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien adjoint de l'Hôpital d'Eaubonne.*

De qui l'amitié me fut si précieuse et
la patience sans bornes dans la tâche
ingrate qu'il s'était donnée de m'apprendre à opérer.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stages et Externat

M. LE PROFESSEUR CARNOT.
M. LE PROFESSEUR CUNEO.
M. LE PROFESSEUR HARTMANN.
M. LE DOCTEUR CHIFFOLIAU.
M. LE DOCTEUR DARRE.
M. LE PROFESSEUR HARVIER.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESMARETS.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HEITZ-BOYER.
M. LE DOCTEUR MAURICE DEBRAY.
M. LE DOCTEUR STEVENIN.

*A mes Amis et à tous ceux qui, de près
ou de loin, m'ont aidé à supporter l'ab-
sence du pays natal.*

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les recherches anatomiques d'ALGLAVE sur les ptosiques l'avaient amené à concevoir l'importance des compressions du duodénum par le rein droit ptosé.

Il avait, en effet, été frappé par l'importance des troubles gastriques et intestinaux chez les ptosiques du rein droit. Lesquels troubles étaient, à cette époque, uniquement rattachés à des lésions du plexus solaire et, par voie réflexe, de l'estomac.

L'idée qui a animé les recherches de cet auteur fut la suivante : si les troubles gastriques et intestinaux, coliques en particulier, sont si fréquents chez les ptosiques, il se peut qu'ils reconnaissent une autre cause que nerveuse, et qu'ils aient un substratum anatomique sous la forme d'une compression, ou

d'une coudure d'organe, ou d'une bride, ou, peut-être, de toutes ces causes associées.

Ainsi, il a, le premier, découvert et précisé, dans plusieurs travaux sérieux et très documentés, des lésions anatomiques portant sur le duodénum, portant sur le colon droit et accompagnant toujours chez les sujets examinés, une ptose rénale importante.

Cet auteur a vu, entre ces lésions et la ptose rénale, une relation de cause à effet; et il a tâché d'établir la précession de l'une par rapport aux autres sans se borner à développer et à déduire avec les idées reçues sur ce sujet.

A cette époque, en effet, deux théories en vogue prétendaient expliquer tous les troubles observés chez les ptosiques; c'étaient :

1° la théorie idiopathique de l'entéroptose de Glénard, à la fois traduite comme cause et comme effet des lésions observées chez les ptosiques en général, et

2° la théorie de Leven qui tendait à rattacher tous les troubles observés chez les ptosiques à des lésions du plexus solaire (tiraillement, hyperesthésie).

Enfin, M. ALGLAVE a tâché de classer les divers types de lésions coliques et duodénales observées

dans la ptose du rein et d'en tirer une donnée thérapeutique qui puisse y remédier.

Ses articles, tous originaux, sur ce sujet, datent de 1904, 1907, 1920. Aucun d'eux n'est accompagné de radiographies.

Puis, en 1927, paraissait dans les bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris une observation de M. NAVARRO, de Montevideo, sur un cas de compression du duodénum par une bride due à un rein mobile. Il y a, dans cette observation, un compte rendu radiographique, mais sans clichés.

Enfin, en 1935, paraissaient, pour la première fois, deux observations accompagnées d'un compte rendu radiographique précis et de clichés. Elles ont été présentées par M. Marc BRETON, chirurgien à Pontoise, à la Société nationale de Chirurgie, le 15 mai 1935.

Les seuls documents qui vont donc nous servir sur cette question restent les importants travaux anatomiques d'Alglave, qui n'ont pas vieilli, et la récente communication du D^r Marc BRETON.

CHAPITRE II

ANATOMIE

Dans la question des rapports du duodénum et du rein droit ptosé, M. ALGLAVE a isolé trois types de lésions observées sur trois cents sujets examinés.

Mais il faut noter que ces lésions ont été observées sur des cadavres sans histoire clinique connue, pris au hasard d'autopsies.

Beaucoup, d'ailleurs, sont des cadavres de vieillards, où les lésions sont développées et fixées au maximum, et sur lesquels, d'autre part, sont venus interférer, avec des lésions duodénales et coliques dues au rein, des états pathologiques secondaires : ce qui augmentait la difficulté d'une classification anatomo-pathologique duodénale et colique précise. En tout cas, on ne peut pas soupçonner la classification de M. ALGLAVE de n'avoir pas été objective puisqu'il ne pouvait être tenté de faire entrer les

différents types anatomiques observés dans des cadres cliniques connus.

Voici les types anatomiques retenus par M. ALGLAVE. Ils sont au nombre de trois, comme nous l'avons dit :

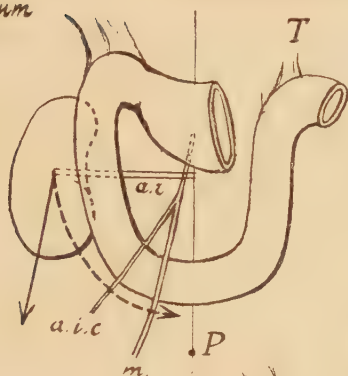
« 1° Dans un premier type, la deuxième portion du duodénum paraît être, d'une part, attirée en bas et vers la ligne médiane par le rein qui tombe, et, d'autre part, être retenue par le foie qui n'a pas bougé et qui la soutient par le ligament hépato-duodénal. Il y a coudure à angle aigu au niveau du premier angle duodénal, cependant que des adhérences s'établissent et maintiennent la coudure, entre la deuxième et la troisième portion;

« 2° Dans le deuxième type, j'ai vu, dit M. ALGLAVE, le pôle inférieur du rein repousser au-devant de lui la portion descendante du duodénum, la couder en S italique, et passer au-devant d'elle pour l'enserrer contre le rachis;

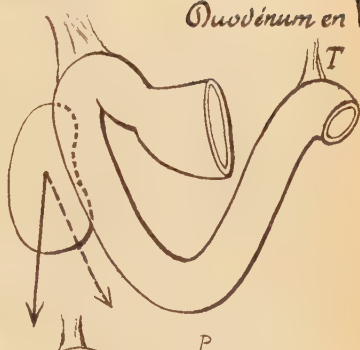
« 3° Dans une troisième variété, enfin, j'ai vu le duodénum comme replié sur lui-même et coudé par rapport aux vaisseaux mésentériques.

Dispositions normales

Ouvénium
en U

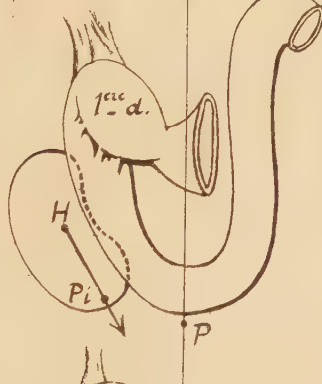
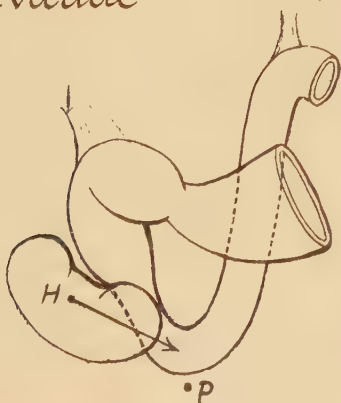


Ouvénium en V



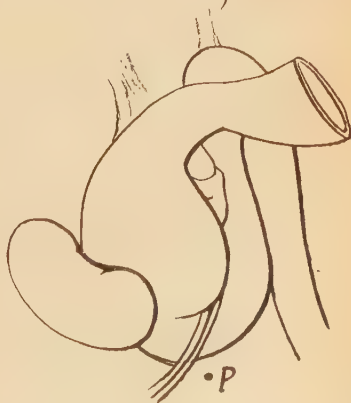
Dispositions vicieuses

2^e variété



1^{re} variété
(chez une femme de 45 ans)

3^e variété
(chez une femme de 37 ans)



Le premier type de lésions avait été constaté par l'auteur à l'autopsie d'une femme ptosique qui avait souffert d'accidents digestifs pendant de longues années, et qui ne tardait pas à mourir, après son entrée à l'hôpital, pour des accidents d'occlusion intestinale. Ceci prouve bien la réalité de ce mode de fermeture de l'angle D1-D2. Dans ce cas, la fermeture avait été aggravée, et définitivement maintenue, par les adhérences qui s'étaient constituées secondairement.

Mais il est logique de penser que toute cause de compression de D2 en bas et en dedans, ferme aussi l'angle D1-D2 : ces deux premiers types, dans ce sens, peuvent se ramener au deuxième que nous avons cité plus haut et dont la réalité anatomique est certaine.

Pour ce qui est du troisième type, en examinant attentivement le schéma qui accompagne sa description, on se rend compte qu'il s'agit probablement d'une image de compression due plus à la mésentérique qu'au rein. Et malgré la coudure dans le plan frontal que ce schéma paraît représenter. Compression non pas directe, mais par l'intermédiaire de l'artère colique droite et de l'iléo-colique. D'ailleurs, M. ALGLAVE paraît s'en être rendu compte lui-même quand, en 1920, il écrivait :

« Je ferai remarquer que ceux des vaisseaux mésentériques qui se distribuent au segment juxta-ré-

nal droit et au cœcum, me paraissent prendre une part plus ou moins importante à la compression du duodénum, à l'occasion de la ptose rénale droite. Fait auquel je n'avais pas pensé dans mes recherches primitives. Le rein, en entraînant avec lui l'angle colique juxta-rénal, doit tirer de tout son poids sur l'artère colique droite, et, de même, le cœcum, alourdi par la stase fécale résultant des coudures juxta-rénales, ne peut manquer de peser anormalement sur l'artère iléo-colique, qui, comme la précédente, se détache du tronc de la mésentérique.»

En somme, le premier mécanisme d'obstruction du duodénum décrit par M. ALGLAVE existe sûrement, mais, quand il existe, nous avons vu qu'il pouvait se ramener à la deuxième variété. La fermeture de l'angle D1-D2 n'est pas particulière à la descente du rein, puisque la ptose en général peut la réaliser par deux mécanismes : soit ptose de l'estomac, soit ptose du duodénum.

Nous avons dit que le troisième type nous paraissait être une compression par la mésentérique.

Le deuxième type seul aura pour nous un intérêt particulier puisqu'il est spécial à la ptose du rein : c'est lui qui servira de substratum anatomique à notre travail.

Dans l'observation de M. NAVARRO, publiée en 1927, il s'agissait d'une malade porteuse d'un rein

mobile et qui souffrait depuis cinq ans de crises douloureuses qui présentaient les caractères cliniques de crises rénales. Ces crises douloureuses avaient marqué une accentuation nette dans les trois dernières années de la maladie, et, depuis ce moment seulement, s'accompagnaient de vomissements et de douleurs épigastriques. L'auteur se demande, à ce propos, si, dans les trois premières années, il ne s'agissait pas seulement de crises dues au rein mobile et si, depuis trois ans, il n'y a pas, en plus, une compression du duodénum par le rein. La maladie présentait, en effet, à son entrée, des signes d'obstruction duodénale.

« Il existe à l'intervention, dit M. Navarro, une cause de compression à l'union de la deuxième portion du duodénum avec la troisième : c'est le péritoine qui va à la région rénale. En soulevant avec la main le rein descendu, l'aspect du duodénum change complètement et l'anse dilatée en amont s'aplatit. Le péritoine qui fait la compression n'est pas en réalité une bride : l'aspect de la séreuse n'a point changé. C'est tout le péritoine qui va de cette région duodénale au pôle inférieur du rein qui est étiré par la chute de ce dernier organe. »

Notons que cette bride qui comprime le duodénum, bride étirée par le rein dans sa chute, est curieuse : elle prouverait, dans ce cas, que la chute

du rein a été primitive ou au moins plus accélérée que celle des autres viscères.

Glénard pensait que l'entéroptose était la cause première de l'abaissement du rein. Cette opinion est contredite par MM. MATHIEU et ALGLAVE, et l'observation anatomique de M. Navarro donnerait raison à ces derniers auteurs.

« Sur l'ensemble des cadavres que nous avons examinés, écrit M. ALGLAVE, nous n'avons relevé qu'un seul cas dans lequel le cœcum et le colon ascendant pouvaient être considérés comme ayant entraîné la chute du rein. » Et M. Alglave cite une des rares observations de cette disposition, consignée dans la thèse de Baumgartner : « Disposition telle du rein et de son péritoine de recouvrement, que la traction exercée par l'intestin sur le rein, par l'intermédiaire des fascias et du péritoine, est évidente par le seul aspect que prend la séreuse tiraillée et plissée. »



CHAPITRE III

RADIOLOGIE

Les observations de M. Alglave sont, comme nous l'avons dit, des constatations presque purement cadavériques. Il publie, toutefois, quelques observations cliniques de malades présentant, avec une ptose du rein, des troubles gastriques et duodénaux; malades chez lesquelles il a pratiqué toujours la néphropexie avec des résultats, dans l'ensemble, satisfaisants.

Mais la radiologie est complètement absente de son travail, et d'ailleurs, à cette époque, il était particulièrement difficile, à cause de l'absence de sélecteur en particulier, d'obtenir un cliché correct du duodénum. Et l'habitude des clichés en série n'était pas encore entrée dans la pratique courante, comme elle l'est maintenant.

Or, on sait que, pour l'examen du duodénum en particulier, d'excellents clichés en série, pris avec sélecteur, sont nécessaires pour arriver à reconstituer, par recoupement, l'image du transit duodénal.

M. Navarro, dans son observation, ne publie pas ses clichés et son compte rendu radiographique n'est pas précis.

« L'examen radioscopique et la radiographie, dit-il, confirment le diagnostic d'obstruction duodénale. Ils accusent un grand ptosis de l'estomac et du duodénum dans sa première et sa deuxième portion. Le ptosis et l'atonie gastrique sont tels qu'il en coûte de faire passer la pâte de baryte dans le duodénum. Quand le duodénum se remplit de baryte, celle-ci en distend la première et la deuxième portion qui sont agrandies et ptosées. »

L'auteur fit une néphropexie par voie lombaire et un examen radiographique ultérieur montra qu'il n'y avait plus de signes de stase duodénale.

Comme nous l'avons dit plus haut, les deux seules observations accompagnées d'un compte rendu précis pré et post-opératoire sont les observations présentées par M. Marc BRETON, à la Société de Chirurgie, le 15 mai 1935.

C'est la recherche patiente d'une image radiologique pouvant correspondre au schéma de M. Alglave qui a amené le D^r BRETON à découvrir, par deux

fois, une image radiologique superposable aux constatations anatomiques de cet auteur. Cette image est la confirmation, pour ainsi dire vivante, du schéma anatomique n° 2 de M. Alglave.

« L'image radiologique que nous avons observée, écrit le D^r Breton, peut être caractérisée en quelques mots : au niveau de l'angle de la deuxième et de la troisième portion du duodénum, existe une encoche profonde, comme si cet angle était fortement repoussé en haut et en dedans. »

Et le schéma radiologique illustrant cette description (qui est reproduit ci-dessous) montre que, au-dessus et au-dessous de cette encoche, on voit deux images de stase : l'une, supérieure, un peu au-dessous du *genu superius*; l'autre, inférieure, au niveau de l'angle de la deuxième et de la troisième portion.



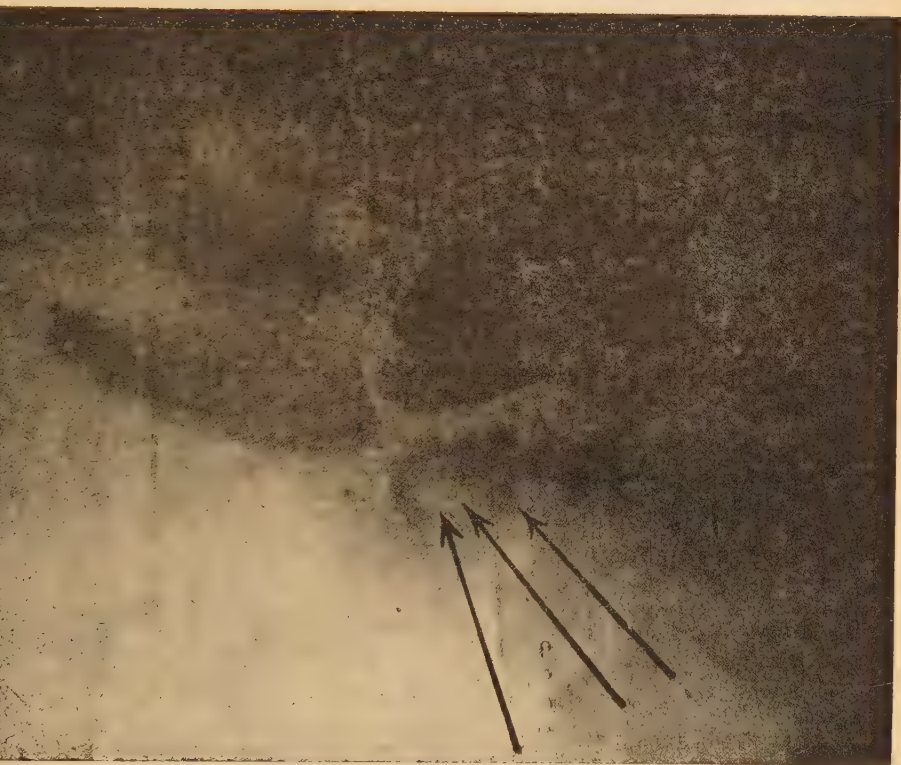
Fig. 5.

Compression du D¹ par le rein
droit ptosé.

Ptose rénale droite.

Stase au voisinage de la boucle.





CHAPITRE IV

CLINIQUE

Nous avons dit plus haut que, à côté de la partie anatomique du travail de M. Alglave, cet auteur avait publié également des observations cliniques de troubles duodénaux et coliques accompagnant la ptose du rein droit.

Voici ses observations, brièvement analysées : dans l'observation 2, la malade est morte et l'autopsie a montré une coudure de l'angle D1-D2 rapportée par l'auteur au rein ptosé : des adhérences séro-séreuses et épiploïques maintenaient la disposition vicieuse. Le rein était-il seul en cause dans ce cas ? Il est probable que la ptose, les adhérences, avaient contribué pour beaucoup à la fermeture de l'angle D1-D2, cause de l'obstruction duodénale, dont la malade est morte.

Pour les autres malades, M. Alglave note seulement qu'elles ont été améliorées par la néphropexie. Pour l'une d'elles, un examen radiologique a été pratiqué, mais seulement de l'estomac et du colon.

Donc, étant donné l'absence d'examen radiologique précis, étant donné l'absence de constatations opératoires directes, on ne peut conclure de ces observations que ces malades présentaient des troubles duodénaux dus à une compression par le rein ptosé. Elles ne peuvent donc nous servir à tracer un tableau clinique de quelque précision.

Et le fait même que ces malades aient été améliorées par la néphropexie n'est pas un argument suffisant, car il pouvait très bien s'agir, dans ces cas, de troubles réflexes à point de départ d'un rein ptosé.

M. Navarro, dans son observation, n'étudie pas spécialement le retentissement duodénal dans le tableau clinique de ptose rénale que présentait sa malade. Et son compte rendu radiographique ne peut pas nous servir.

En définitive, il n'existe, à notre connaissance, que deux observations où la radiographie permettait d'affirmer la compression du duodénum par le rein et où les signes cliniques, gastriques et duodénaux pouvaient être sûrement rattachés à cette cause. Ce sont celles que nous avons signalées et que nous reproduisons ci-dessous. Elles peuvent nous servir à

l'esquisse d'un tableau clinique où, au milieu des troubles dus à la ptose en général, à la ptose rénale en particulier, on peut isoler une note duodénale.

Dans l'immense majorité des cas la ptose du rein droit n'est que l'un des éléments d'un tableau clinique complexe, où interfère, avec des symptômes particuliers, gastriques, duodénaux ou coliques, tout le cortège des troubles vagues dus à la ptose généralisée des viscères.

Quelles sont les relations de ces différents troubles les uns avec les autres?

Quel est celui ou quels sont ceux qui sont la cause des autres?

Quels sont les syndromes qui méritent d'être retenus pour servir à la recherche du diagnostic?

Il y a souvent des signes rénaux, puisque notre malade a un rein droit ptosé.

Elle présente parfois des symptômes gastriques.

Y a-t-il des signes qui évoquent l'idée d'un obstacle au transit duodénal quand il est gêné par le rein ptosé?

C'est à l'interrogatoire qu'il appartiendra de mettre en valeur ces différents éléments :

I. — Les signes qui doivent attirer plus particulièrement l'attention sur le rein sont surtout des pesanteurs pénibles dans la région lombaire. Parfois, une sensation d'endolorissement permanent. Parfois

des douleurs plus vives siégeant au même endroit, ou irradiant en avant vers l'hypochondre droit, presque jamais vers l'épaule, rarement transfixiantes.

Ces douleurs se calment, en général, par le décubitus dorsal, par le repos. Elles augmentent par la fatigue, un voyage en voiture, et, souvent, dans ces conditions, apparaissent de véritables crises comparables à une crise de colique néphrétique.

On a attribué ces crises à une coudure de l'urètre, à un étranglement rénal, à une petite hydronéphrose intermittente.

L'association de tels signes à un rein mobile permet presque à coup sûr de rattacher au rein mobile la cause des crises présentées par la malade.

II. — Ces crises sont assez distinctes des troubles gastriques et duodénaux qu'un interrogatoire serré permet de préciser : ce ne sont plus seulement des pesanteurs lombaires et dans l'hypochondre droit, avec la douleur de la fosse iliaque droite qui accompagne souvent la ptose rénale droite. (Alglave a montré qu'elle était souvent due à une coudure ou à une compression du colon par le rein, coudure ou compression entraînant une stase colique plus ou moins importante.)

Ce sont maintenant des pesanteurs au creux épigastrique, avec sensation de boule, de quelque chose qui ne passe pas, quelquefois un certain état nau-

séaux avec renvois alimentaires, mais sans vomissements vrais. Tous signes évoquant l'idée d'un retard à l'évacuation gastrique.

III. — Parfois, la symptomatologie est plus particulièrement duodénale : ce sont des crises de coliques d'estomac, de coliques épigastriques survenant après les repas, soit après tous les repas, soit par périodes de huit à dix jours, espacées par des intervalles variables.

Ces crises s'atténuent ou disparaissent dès que le sujet se couche. *Elles ont pour grand caractère d'être rythmées* : le sujet souffre pendant quelques minutes, puis la douleur cesse, pour reprendre quelques minutes plus tard. Ces crises durent une à deux heures en général.

Elles apparaissent, soit immédiatement après le repas, soit deux ou trois heures après.

Elles évoquent par leur rythme paroxystique, entrecoupé de phases de répit, les douleurs de l'occlusion intestinale. Elles sont moins violentes cependant.

Ces petites coliques rythmées s'accompagnent de sensation nauséuse, parfois de vomissements, qui surviennent de façon intermittente : soit isolés, terminant une crise, soit, dans les formes sévères d'obstruction duodénale, pendant tout le temps d'une crise dont ils terminent les paroxysmes. Parfois, en-

fin, le vomissement survient une ou deux heures après la fin d'une crise. C'est un vomissement alimentaire surchargé de bile.

Enfin, un gros caractère : ces crises sont calmées par le repos en position allongée.

Au contraire de l'interrogatoire, l'examen renseigne seulement sur la ptose. Ce sont les mêmes signes qu'on retrouve chez les ptosiques en général. Quelques-uns d'entre eux pourraient permettre d'apprécier le degré de cette ptose.

Dans l'immense majorité des cas il s'agit d'une femme; c'est une bréviline à thorax long et étroit, à angle costal fermé. Le ventre paraît déshabité dans l'étage sus-ombilical et fait saillie sous l'ombilic. La peau est sèche, les veines saillantes. Souvent existent des hernies ou même de véritables éventrations.

Couchée, la malade a le ventre étalé. L'aorte bat sous la peau. La palpation, étant donné la souplesse de la paroi, est très facile. Elle permet de déceler une douceur solaire à la pression du plexus solaire.

Dans l'appréciation des ptoses viscérales, Glénard a décrit un signe qui mérite d'être retenu : c'est le signe de la sangle :

On se place derrière la malade debout, et on lui comprime fortement la partie inférieure de l'abdomen, comme pour en relever les viscères. Le signe est positif si, lorsqu'on cesse brusquement la compression, la malade accuse une douleur vive qui dis-

paraît lorsqu'on relève à nouveau la masse intestinale. Parfois, en plus de la douleur, apparaissent de la pâleur, des vertiges, et même une légère tendance syncopale.

Ce signe est probablement dû à la chute des viscères dont les attaches sont allongées, relâchées, et qui, tout d'un coup, tirent sur le plexus solaire.

Le signe de Glénard peut être recherché de façon différente : la malade étant dans la même position que précédemment, on appuie avec les doigts de la main gauche sur son plexus solaire et on provoque une douleur. Cette douleur disparaît si on relève, en la soutenant, la partie inférieure de l'abdomen, comme précédemment.

En somme, cette manœuvre est l'inverse de la précédente.

La recherche du clapotage gastrique est positive. On sent le cœcum tendu et sensible dans la fosse iliaque droite. Le colon transverse est spasmé, douloureux, gargouillant.

Enfin, l'examen permet de sentir le rein descendu :

Dans un premier degré, on le sent seulement sous le rebord costal; à la fin des inspirations profondes.

A un degré de plus, on le palpe tout entier entre la main lombaire et la main abdominale.

Enfin, dans la ptose au troisième degré, et quand il n'est pas fixé par des adhérences, le rein a complètement quitté sa loge. Et on le sent dans la fosse

iliaque. En tout cas, quand on l'a refoulé dans sa loge, il ne la quitte plus si la malade ne bouge pas.

Nous donnons ci-dessous les deux observations présentées par le D^r Breton à la Société de Chirurgie le 15 mai 1935. En les lisant attentivement, on se rend compte que le diagnostic de compression du duodénum par le rein droit ptosé pouvait être soupçonné par la seule clinique.

OBSERVATION N° 1

M^{me} B..., âgée de 36 ans, vient consulter, en décembre 1934, pour des coliques d'estomac. Elle souffre de l'estomac depuis deux ans par périodes d'une dizaine de jours.

La douleur survient le matin, vers dix heures, et dure jusqu'au repas de midi. Elle reprend vers cinq heures et cesse quelque temps avant le dîner.

Ce sont, dit la malade, des coliques d'estomac. Des coliques siégeant au creux épigastrique et s'accompagnant parfois de sensation de grouillement. Dès que la malade se couche, les coliques cessent. Elles ne se produisent jamais la nuit, lorsque la malade est couchée. Elle se souvient d'avoir vomi deux fois au cours de périodes douloureuses (vomissements bilieux accompagnés de diarrhée, sans irradiation vers l'épaule droite).

La malade, au cours de ces périodes douloureuses, ou dans leur intervalle, accuse souvent une pénible sensation de pesanteur lombaire droite avec irradiation dans la fosse iliaque, l'aîne, la cuisse et même la jambe droite.

En outre, elle a présenté, de 29 à 32 ans, deux crises douloureuses, toutes deux identiques. Elle fut prise brusquement et d'un seul coup, en même temps que de gêne respiratoire, d'une violente douleur dans la région lombaire et dans le ventre. Tout en s'atténuant, cette douleur persiste pendant deux ou trois jours. La malade urine toutes les cinq minutes et souffre à la fin de la miction. Les urines, qui étaient troubles, n'auraient pas contenu de pus, mais seulement des phosphates abondants. La malade n'a pas vomi pendant ses crises. Elle n'a remarqué, en dehors d'elles, aucun signe urinaire anormal.

Aucun antécédent à retenir, si ce n'est une crise probable de salpingite vers l'âge de vingt-cinq ans. La malade n'a pas d'enfants.

Chez cette malade de taille moyenne, plutôt grasse, l'examen clinique montre une région douloureuse sous le rebord costal droit, mais la douleur est très nette lorsqu'on appuie directement en arrière, vers la région lombaire, et très légère lorsqu'on cherche à insinuer la main sous le foie, dans les grandes inspirations. De plus, la moitié inférieure

du rein droit est palpable dans les grandes inspirations.

L'examen radiologique du duodénum montre, au niveau de l'angle D2-D3, une encoche profonde comme si cet angle était fortement refoulé en haut et en dedans. Le transit est plus lent et plus difficile à ce niveau. Un cliché du rein tiré dans la même position debout permet de constater que le pôle inférieur du rein abaissé (disque L4-L5) correspond exactement à la région de l'encoche duodénale. En outre, un examen au ténébryl fait découvrir une petite hydronéphrose droite. Notons, en outre, que plusieurs clichés de la vésicule biliaire n'ont pas montré de calculs.

OBSERVATION N° 2

M^{lle} L. D..., âgée de 21 ans. La malade accouche à dix-sept ans; quelques mois après apparaissent des troubles gastriques qui n'ont jamais cessé et qui ont été en s'aggravant. La malade présente, presque tout de suite après son repas, et pendant une heure ou deux, des coliques épigastriques rythmées, courtes et rapprochées. Elle n'a jamais vomi.

Examen 5 février 1934. — La malade est une longiligne très amaigrie. On note une vive douleur solaire, un gros éréthysme aortique et une ptose rénale droite; la malade étant couchée, le rein droit

saisi pendant une inspiration peut être entièrement attiré dans la fosse iliaque. L'examen aux rayons montre, outre une ptose gastrique accentuée, une anomalie de l'image duodénale qui nous paraît intéressante. La forme générale du duodénum est normale, mais le duodénum, dans l'ensemble, est attiré vers la droite : au niveau de l'angle D2-D3 existe une encoche profonde comme si cet angle était refoulé en haut et en dedans; le transit paraît plus lent et difficile à ce niveau.

Néphropexie le 10 février 1934.

20 mars 1934. — Tout de suite après l'intervention, la malade a cessé complètement de souffrir après ses repas. L'examen aux rayons montre maintenant que l'angle duodéno-jéjunal a repris sa place normale à gauche de la ligne médiane et que l'encoche siégeant au niveau de l'angle D2-D3 a complètement disparu.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE V

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU DUODENUM DANS LA PTOSE

Le diagnostic de compression du duodénum par le rein est facile quand on examine soigneusement aux rayons le duodénum. Encore faut-il y penser devant une malade qui présente des troubles gastriques ou duodénaux décrits dans le chapitre clinique, troubles qui se caractérisent par des douleurs épigastriques sous forme de coliques rythmées, apparaissant après les repas (soit immédiatement, soit deux ou trois heures après : avec état nauséeux spécial, quelquefois des vomissements; tout ceci calmé par le décubitus).

Mais cette symptomatologie, dont les signes cliniques sont quelquefois très nets, le plus souvent assez nets, quand on les recherche attentivement et

qu'on arrive à les grouper, n'est en réalité que l'expression d'un obstacle plus ou moins permanent au transit duodénal. En d'autres termes, elle évoque une obstruction intermittente et chronique du duodénum.

Dans les cas que nous étudions, c'est le rein qui en est la cause, mais les facteurs de cette obstruction peuvent être tout autres, et il a déjà été décrit, chez les ptosiques, des obstructions duodénales chroniques dues à d'autres causes, dont on peut dire, qu'en gros, elles ont été des découvertes radiologiques. Ce sont :

- 1° la fermeture de l'angle D1-D2;
- 2° la fermeture de l'angle du duodéno-jéjunal;
- 3° l'infra-version du duodénum;
- 4° la compression par la mésentérique supérieure ou par la colica mœdia.

C'est pourquoi nous voulons élargir ici le champ de notre étude et considérer le diagnostic des déformations du duodénum, en général, chez les ptosiques.

I. FERMETURE DE L'ANGLE D1-D2. — Pour M. DUVAL :

« La ptose ne frappe que le bulbe, le genu superius reste en place; le bulbe, entraîné par l'estomac ptosé, se projette sur la troisième portion du duodénum, parfois au-dessous; il s'allonge plus ou moins jusqu'au genu superius, fixé à sa place normale, sur le flanc droit de la première vertèbre lombaire.

Dans une telle disposition, l'angle du genu superior est anormalement fermé : on a parfois l'impression d'une véritable plicature du tube digestif à ce niveau. Nous avons toujours observé que cette chute isolée du bulbe correspond à des troubles cliniques qu'il convient de rapporter à l'angulation très marquée du genu superior. »



Fig. 1.

*Fermeture de l'angle D¹.
Ptose gastrique.
Stase au niveau de D¹.*

II. FERMETURE DE L'ANGLE DUODÉNO-JÉJUNAL dont l'image radiologique est caractérisée de la façon suivante :

Le bulbe et le pylore s'injectent normalement, il n'y a pas d'obstacle au genu superius; on suit la progression normale des bouchées barytées dans le deuxième, le troisième et le quatrième duodénum jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal; il y a stase dans la partie déclive, c'est-à-dire dans D3 où l'on constate des mouvements péristaltiques et antipéristaltiques, cependant que la baryte ne passe pas dans le jéjunum ou passe difficilement. Si la baryte passe, on peut se



Fig. 2.
*Fermeture de l'angle
duodéno-jéjunal.*
Ptose du grêle.
Stase au niveau de D² D³.

rendre compte que l'angle duodéno-jéjunal est plus aigu que normalement : le contraste est net entre ce duodénum chargé de baryte et le jéjunum à peu près vide.

Anatomiquement, cette image correspond soit à la ptose de l'intestin, soit à la ptose du duodénum.

III. INFRA-VERSION DU DUODÉNUM, dont l'image a été décrite pour la première fois par Breton; c'est de sa description du *Journal de Radiologie* que nous allons nous servir.

Le duodénum. — « L'Etude des clichés pris le sujet debout.

Le pylore est abaissé, le duodénum se porte d'abord à droite, décrivant une courbe à concavité inférieure dont l'extrémité est située à droite de la colonne. Il y a là de la stase. Puis il monte verticalement à droite de la colonne. Il se porte ensuite légèrement oblique en haut et à gauche, croisant la ligne médiane. Enfin l'intestin descend verticalement sur le flanc gauche de la colonne. Dans l'ensemble, le duodénum paraît complètement inversé. L'un de nous, en 1927, décrivait ainsi l'image radiographique de notre première malade. Cette description s'applique aux autres images que nous avons recueillies depuis lors.

Nous insisterons aujourd'hui sur deux faits :

1° il y a stase persistante au point déclive du duodénum à droite de la colonne;

2° tandis que le point déclive du duodénum est toujours situé à droite de la colonne, son sommet, qui correspond à l'angle du duodéno-jéjunal, est toujours situé à gauche de la ligne médiane.



Fig. 4.
*Image de l'infra-version
de D¹.*
Ptose duodénopancréatique.
Stase au point déclive.

A la radioscopie. — Nous observons des mouvements antipéristaltiques dans la partie du duodénum comprise entre le bulbe et le cul-de-sac situé à droite de la colonne.

Lorsque le sujet s'étend sur le dos, le duodénum reprend, le plus souvent, une forme très voisine de

la normale et, dans cette position, le transit à travers le duodénum est régulier. Mais, quelquefois, la déformation, bien que s'atténuant, persiste, et l'on observe une image intermédiaire entre l'image typique d'infra-version des deux premières portions et l'image normale. Parfois, enfin, c'est seulement dans le décubitus ventral que le duodénum reprend sa forme normale et l'évacuation son allure habituelle.

L'estomac. — L'estomac, allongé verticalement, présente un étirement de sa partie moyenne et un abaissement considérable de son bas-fond.

Le pylore se laisse aisément franchir lorsqu'on appuie sur la région de l'antré. Mais, pendant l'évacuation, on observe un syndrome de lutte : à des phases d'hyperkinésie manquée, succèdent des périodes d'atonie, de relâchement complet. L'évacuation est irrégulière, correspondant à ces alternatives. Elle n'est, dans l'ensemble, que peu retardée.

Les autres organes. — Dans les sept cas que nous avons étudiés, nous avons observé chez les sujets examinés debout, deux fois un abaissement notable du bord antérieur du foie et six fois une ptose collique considérable. »

Cette image d'infra-version est la traduction radiologique d'un double glissement :

1° glissement des deux premières portions du duodénum en avant du pancréas;

2° glissement en masse du pancréas et des deux premières portions pré-pancréatiques du duodénum en avant de la troisième et de la quatrième portion.

Cette image avait été considérée par M. Marc BRETON, dès 1927, comme une image de ptose.

Pendant longtemps, M. DUVAL, ses collaborateurs et ses élèves l'ont groupée avec des images totalement différentes sous l'étiquette « duodénum mobile ».

Actuellement, cette image paraît être considérée par la plupart des auteurs comme une image de ptose.

M. DUVAL lui-même paraît revenir sur son opinion première et attribuer à la ptose une large part dans la constitution des déformations anatomiques.

IV. COMPRESSION DU DUODÉNUM PAR LA PINCE MÉSENTÉRIQUE. — Les signes radiologiques sont précis : dilatation de la troisième portion du duodénum à droite de la ligne médiane; parfois de tout le duodénum en amont (à une phase plus avancée de l'évolution, mouvements antipéristaltiques, évacuation retardés, parfois considérablement).

Enfin, en décubitus ventral ou par la manœuvre de HAYES, le duodénum se vide et la dilatation disparaît.

L'occlusion chronique du duodénum par la pince mésentérique est due à la même cause que l'occlusion aiguë post-opératoire de l'estomac. C'est le pédicule mésentérique qui barre la troisième portion du duodénum et la comprime en arrière, contre l'aorte et la colonne vertébrale. Les théories émises pour expliquer ce fait sont au nombre de quatre :

1° La brièveté du mésentère, qui, permettant aux anses de pendre à vide dans la cavité abdominale, les fait appuyer sur la mésentérique en arrière;

2° La trop grande longueur du colon transverse qui agit par un mécanisme analogue au précédent;

3° L'insuffisance de la paroi abdominale qui, en laissant pendre les anses intestinales, agit également dans le sens des facteurs précédents;

4° Enfin, la ptose du rein a été, là encore, incriminée. Pour M. ALGLAVE, la chute du rein, en entraînant la chute de l'angle colique droit, tire, par l'intermédiaire de la colica media, sur le tronc de la mésentérique et amène la compression du duodénum.

Les signes permettent souvent le diagnostic quand ils sont au complet.

Cette question de la compression du duodénum par la pince mésentérique est bien connue depuis la

thèse de L.-A. PETIT (1900) et le mémoire de LECÈNE, de 1908, sur la dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac et du duodénum causée par la pince mésentérique.



Fig. 3.
*Compression de D3 par le
pédicule mésentérique.*
Ptose du grêle.
Stase au niveau de D2 D3.

Nous n'avons voulu étudier dans ce chapitre que les obstructions du duodénum dues à la ptose. Nous avons volontairement passé sous silence toutes les autres causes de troubles du transit duodénal telles que ulcère du duodénum, cancer du pancréas, péri-duodénite, ganglions du mésentère, qui présentent

une symptomatologie clinique et radiologique très particulière à chacune d'elles.

Cependant, il est deux affections du duodénum qui, bien que n'étant pas des ptoses, donnent lieu à des signes radiologiques de stase. Ce sont :

- 1° Le diverticule du duodénum;
- 2° Le duodénum en M.

1° Le diverticule du duodénum siège surtout sur les deuxième et quatrième portions du duodénum. Il est caractérisé par une petite poche appendue à la paroi duodénale, poche comprenant une zone de liquide ou de baryte surmontée d'une bulle d'air.

Son diagnostic radiologique est difficile souvent. Il faut examiner patiemment les malades en position frontale et en position oblique.

Pour M. GUTTMAN le diverticule peut, soit par sa présence même, soit par le spasme, gêner le transit duodénal. Il en résulte des vomissements qui revêtent parfois l'allure de sténose.

On conçoit, dans ce cas, qu'un diverticule de la face postérieure de la deuxième portion du duodénum puisse donner le change avec une image de compression par le rein droit. On voit en effet une image de stase due au spasme causé par le diverticule. On ne voit pas le diverticule parce qu'on n'a pas pris la précaution d'examiner la malade en oblique.

« A propos du duodénum mobile, dit M. GUTTMAN, nous avons signalé qu'une boucle remplie de baryte peut ressembler à un diverticule. Ceci nous amène à parler du duodénum en M décrit dans la thèse du D^r Jeanne DURAND et placé à tort, par certains auteurs, à côté de l'infra-version sous le titre de Duodénum mobile. » (Nous empruntons à la thèse de Jeanne DURAND la description qui va suivre.)

« 1° *Forme schématique.* — La branche droite de l'M représente le bulbe. La branche gauche, la partie verticale de la deuxième portion; les jambages médians, le segment flexueux anormal. Les sommets de l'M sont à la même hauteur et les jambages médians ont sensiblement la même longueur. L'image est régulière. L'M est symétrique. Il n'existe pas de stase déformant l'image.



« Partant de cette image schématique, nous décrivons maintenant les modifications qu'elle peut présenter.

« Au cours de l'évolution de la maladie, les deux jambages médians peuvent se laisser distendre; leur angulation s'atténue et ils peuvent être remplacés par une large tache dont le bord inférieur est arrondi. » (Image traduisant la stase dans une large cupule occupant la partie flexueuse anormale.)

Plus intéressantes pour notre sujet sont ce que Jeanne DURAND appelle les modifications du schéma primitif sous la dépendance de variations anatomiques.

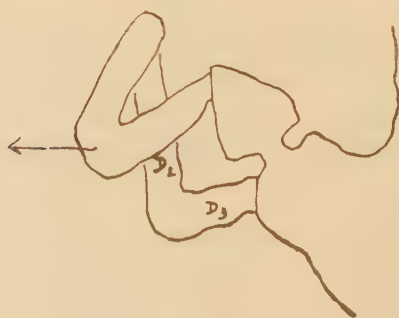
Elle écrit : « *a*) Les sommets de l'M peuvent être à des hauteurs variables l'un par rapport à l'autre, d'où il s'ensuit une asymétrie de l'M dont la moitié droite peut être plus courte que la moitié gauche, ou inversement;

« *b*) Le segment intermédiaire peut être plus ou moins flexueux;

« *c*) Le sommet de l'angle que forment entre eux les deux jambages médians, au lieu de rester compris entre les deux branches verticales, peut être déjeté en dehors de la branche verticale droite — la branche verticale droite, au lieu d'être constituée par la deuxième portion du duodénum, peut être formée par le bulbe lui-même fortement attiré vers la droite,

et, là encore, le sommet de l'angle formé par les deux jambages médians peut venir se placer en dehors de la branche droite de l'M. Ces dernières modifications semblent le plus souvent être causées par des adhérences. »

Nous publions ci-dessous ce schéma de la thèse de Jeanne DURAND qui représente le sommet de l'angle formé par les deux jambages médians de l'M déjetés vers la droite. Il y a ainsi, de haut en bas, une superposition de deux angles. Le supérieur est formé par le sommet des deux jambages médians de l'M, l'inférieur est l'angle D2-D3. On conçoit dans ce cas que, pour peu qu'il y ait une cause de ralentissement



du transit dans la troisième portion ou dans la quatrième portion (compression par la mésentérique ou fermeture de l'angle duodéno-jéjunal), on puisse prendre une telle image, à un examen superficiel, pour une image de compression du duodénum par

le rein droit ptosé. En effet, nous avons dit plus haut que l'encoche imprimée par le rein sur le duodénum présentait à sa partie supérieure et à sa partie inférieure deux taches de stase.

Nous venons d'étudier dans ce paragraphe les ptoses et leurs répercussions sur le duodénum. Nous venons d'exposer que le rein droit ptosé, comprimant le duodénum, donnait lieu à un syndrome radiologique de stase.

Nous avons dit également que les signes cliniques traduisant ce syndrome de stase duodénale sont les mêmes pour différentes affections du duodénum.

Dans ces cas, seule la radiologie donne la clé du diagnostic.

En pratique, voici donc comment se pose le problème :

Une malade est ptosique. Elle a un rein droit abaissé. Elle a des troubles gastriques. Certaines modalités cliniques nous font soupçonner un trouble du transit duodénal.

C'est la radiologie seule qui nous permettra de dire si les troubles que présente cette malade sont dus à une compression de son duodénum par le rein ou à une des autres affections duodénales que nous venons d'étudier. L'examen devra être patient. On attendra les évacuations pour bien voir le duodénum. On tirera des clichés en série permettant de

dessiner, par superposition, tout le trajet duodénal. On fera un examen de trois quarts, en attachant une grosse importance, au point de vue des indications thérapeutiques, à l'absence ou à la présence de stase.

Parfois, chez une ptosique, c'est un examen complet par principe qui permettra de déceler la lésion duodénale.

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE VI

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES INDICATIONS DE LA NEPHROPEXIE

Dans le chapitre précédent, nous avons montré :

1° Qu'il existe une image radiologique bien particulière, image de stase, correspondant à une compression du duodénum par le rein;

2° Que cette image radiologique a pour substratum des constatations anatomiques précises et incontestables;

3° Qu'un ensemble clinique spécial accompagne cette image radiologique de stase. (Il en est probablement l'équivalent fonctionnel.)

4° Que toutes les causes donnant lieu à un obstacle au niveau du duodénum se réclament de la même symptomatologie clinique (la ptose les réalise presque toutes et c'est pourquoi nous les avons décrites).

Comme le rein descendu n'est qu'un des éléments du tableau clinique de la ptose, à côté des signes traduisant le retentissement duodénal du rein ptosé, peuvent prendre place d'autres affections, dues à la ptose, et qui se rangent dans l'une ou l'autre des catégories décrites plus haut.

Nous pouvons ainsi, après l'exposé des chapitres précédents, et en présence d'une malade ptosique qui a un rein droit abaissé, discuter logiquement les bases d'un traitement.

Disons tout de suite qu'il existe trois catégories de malades :

I. — Celles chez lesquelles tous les auteurs sont unanimes à préconiser la néphropexie.

« L'existence d'une hydronéphrose, de crises répétées d'étranglement rénal, d'hématurie, de néphrite ou de pyélonéphrite, est une indication formelle à la néphropexie. » (MARION, *Traité d'urologie*.)

II. — Les malades qui souffrent par crises.

Ces crises ont été, un peu schématiquement classées en trois grands groupes.

Sans insister sur les crises duodénales que nous avons décrites plus haut, nous allons décrire les caractères principaux de la crise cœcale et nous appe-

santir davantage sur les caractères différentiels des crises rénales et des crises duodénales.

I. — CRISE CŒCALE.

Ces crises sont caractérisées par de la douleur, du ballonnement de la fosse iliaque droite. On peut sentir à ce niveau le cœcum tendu, tympanique, gargouillant.

Ces crises se terminent par une débâcle de selles et de matières liquides. Sans doute, on peut parfois incriminer la descente du rein qui comprime l'angle droit, mais, le plus souvent, coexistent de nombreuses anomalies de l'intestin : accolement en canon de fusil de l'angle droit, ptose du transverse, fermeture de l'angle gauche, dolicho ou méga-sigmoïde, contracture du sphincter anal.

II. — CRISES RENALES.

Les signes qui nous permettent de qualifier de rénales les crises présentées par notre malade sont fournies par le cathétérisme de l'uretère et par l'examen aux rayons. Les uns sont des signes de probabilité, un seul est un signe de certitude.

I. *Signes de probabilité.*

Une petite rétention qu'évacuera la sonde atteignant le bassin, à l'écran ou sur le film, une légère

augmentation des dimensions du bassinot ou des calices; une coudure de l'uretère, un trouble de l'évacuation; ces signes sont importants, mais ce ne sont que des signes de probabilité. car, s'ils mettent en évidence des lésions anatomiques ou fonctionnelles du rein qui peuvent conditionner les crises douloureuses, ils ne nous permettent pas d'affirmer que les crises présentées par la malade reconnaissent ces causes.

II. *Signes de certitude.*

Au cours de la distension pyélique sous l'écran on procédera évidemment avec une extrême douceur, cessant de pousser le liquide opaque par la sonde dès que le malade accusera la moindre sensation douloureuse. Cependant, même dans ces conditions, il apparaît souvent, au cours de l'exploration, ou dans les heures qui suivent, une crise plus ou moins forte. Cette crise peut avoir toutes les caractéristiques des crises pour lesquelles la malade nous consulte.

La malade reconnaît sa crise. Ce signe est un signe de certitude, même lorsque tous les autres signes fournis par l'examen sont peu nets ou prêtent à discussion. C'est un signe de valeur absolue puisqu'il nous fixe à la fois sur le mécanisme et sur la cause des crises présentées par la malade; c'est pour nous

placer dans des conditions qui nous permettent de l'observer que nous préférons l'exploration par les voies naturelles à l'exploration par voie intra-veineuse, moins pénible pour les malades.

Nous ne pensons pas que la néphropexie trouve d'indication dans les crises cœcales. En effet, M. ALGLAVE, dans ses recherches sur les accidents provoqués par la ptose du rein au troisième degré, avait décrit des types anatomiques de lésions coliques qui ont pour gros caractères, d'après cet auteur, d'être fixés par des processus de péri-colite qui ne manqueraient presque jamais.

D'ailleurs, il appartiendra à des travaux ultérieurs sur cette question de préciser la façon dont se comporte l'angle colique droit après la néphropexie. Et, du reste, au hasard des observations, les résultats de la néphropexie sur les troubles coliques sont peu concluants.

M. Alglave paraît pourtant avoir eu un résultat appréciable en allant libérer, après une néphropexie, et dans un deuxième temps opératoire, le colon des adhérences et des brides dues au rein antérieurement ptosé, et dont il était le siège.

« Comme suprême ressource, dit M. Alglave, je crois qu'on pourrait, pour remédier aux accidents coliques, envisager l'utilité d'une exclusion unilatérale ou d'une résection du segment originel du gros intestin, ou même, plus simplement, d'une anasto-

mosc iléo-sigmoïdienne. Mais il va sans dire que je ne propose de pareilles interventions que pour des troubles sérieux qui persisteraient après la néphropexie et qui paraîtraient compromettre gravement l'état général. »

En revanche, certaines crises néphrétiques et certaines crises duodénales peuvent être guéries par la néphropexie.

La néphropexie dans les crises rénales

Nous avons décrit plus haut les signes qui permettent d'affirmer le caractère rénal des crises pour lesquelles une ptosique vient nous consulter.

A condition d'avoir cette certitude, nous obtiendrons de la néphropexie d'excellents résultats. Et à condition, bien entendu, qu'un examen complet de notre malade ne nous ait pas révélé l'existence d'autres troubles dus à la ptose dont nous avons parlé plus haut.

Nous avons dit, au cours de ce travail, les signes qui permettaient de différencier, en gros et cliniquement, les crises rénales des crises duodénales dont nous nous sommes particulièrement occupés.

Pour ce qui est des crises duodénales, il est certain que si, après avoir soupçonné cliniquement, grâce aux signes que nous avons étudiés plus haut, et confirmé radiologiquement une compression de la

deuxième portion du duodénum par le rein ptosé, on fait une néphropexie, on obtient un résultat parfait.

Nous donnons ci-dessous le schéma radiologique des deux malades du D^r BRETON, opérées dans ces conditions. On voit qu'après la néphropexie le duodénum a repris un contour absolument normal. Il n'y a par conséquent plus aucun obstacle au transit; les malades ne souffrent plus.



Fig. 1. -- Schéma de l'image radiographique avant la néphropexie (M. Marc Breton). Les flèches indiquent le point de compression du rein au niveau de la fosse iliaque interne.

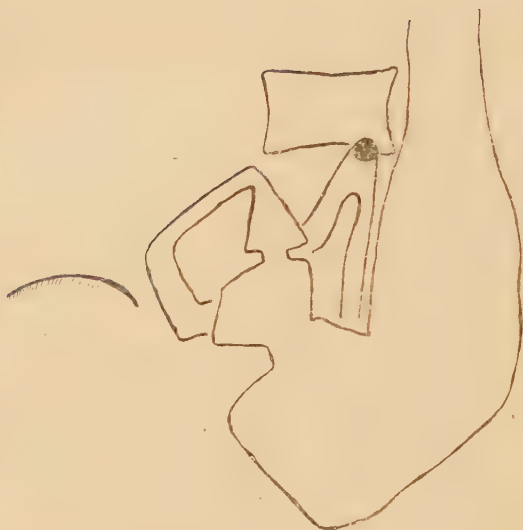


Fig. 2. — Schéma de l'image radiographique après la néphropexie (M. Marc Breton). La compression du duodénum n'existe plus.

(Cependant, nous noterons que, si les déformations du deuxième duodénum avaient été fixées, par des adhérences, la néphropexie n'aurait pas été suffisante à elle seule. Une duodéno-jéjunostomie secondaire aurait été dans ce cas nécessaire pour rétablir un transit normal.)

Chez ces malades de M. Marc BRETON, le diagnostic ne faisait pas de doute; cliniquement, l'attention avait été attirée sur le duodénum chez une ptosique qui présentait une mobilité rénale,

Le duodénum avait été examiné soigneusement aux rayons sur tout son trajet, et c'est la radiologie qui avait donné la clé du diagnostic en montrant deux images de stade au-dessus et au-dessous d'une encoche correspondant au rein droit.

Mais, faire une néphropexie chez des ptosiques qui présentent des troubles gastriques et duodénaux sans avoir examiné patiemment et complètement leur duodénum, expose à des déboires.

Dans ce sens, nous ne pouvons pas souscrire à l'opinion d'Alglave qui avait écrit en 1920, à la suite de ses recherches anatomiques et cliniques sur le duodénum :

« Si la ptose rénale est reconnue, c'est à elle que le traitement doit d'abord s'adresser pour remédier aux accidents gastriques et intestinaux pour lesquels on est consulté. »

Nous ne pensons pas qu'une formule aussi lapidaire puisse conduire à des succès thérapeutiques durables, mais nous pensons que la néphropexie est nettement indiquée (en dehors, bien entendu, des cas cités plus haut et sur lesquels l'opinion des auteurs est unanime) dans les conditions suivantes :

1° Lorsque la malade présente des crises duodénales dues uniquement à la compression par le rein;

2° Il en est tout autrement si la malade présente des crises duodénales dues à une stase duodénale d'une autre cause que rénale :

- a) Compression par la mésentérique;
- b) Fermeture de l'angle duodéno-jéjunal;
- c) Image d'infra-version.

Il est évident que, dans de tels cas et à moins de crises rénales surajoutées, ce n'est pas le rein qu'il faut fixer, mais c'est la stase qu'il faut supprimer.

Cependant, dans les cas de compression de la troisième portion du duodénum, par l'artère colique droite (par l'intermédiaire de la mésentérique), et quand le rein semble solidaire de l'angle colique droit, et remonte avec lui, la néphropexie devrait peut-être être préférée à la duodéno-jéjunostomie qu'on pratique habituellement en pareil cas.

III. - - Nous en arrivons ainsi à la troisième catégorie de malades :

Ce sont des ptosiques qui, cliniquement, ne présentent pas de troubles à type de crise, et qui, radiologiquement, ne présentent pas de signes de stase. C'est celles-là qu'on a qualifiées de façons diverses et imaginées, c'est la malade amaigrie, grêle, aux traits tirés, à la voix lasse, et qui est allée de médecin en médecin, sans d'ailleurs avoir eu la constance de suivre aucun traitement. Pas plus, d'ailleurs, qu'elle n'a la volonté de manger, prétextant qu'elle n'a pas faim et que la vie ne lui paraît pas autrement que triste.

Si on lui demande où elle a mal, elle force à passer en revue la pathologie. Si on la palppe, elle souffre de partout et fera porter les diagnostics les plus invraisemblables à celui qui ne s'entourera pas de tous les examens complémentaires pour pouvoir éliminer à peu près sûrement une cause organique qui aurait pu échapper au seul examen clinique. C'est à de telles malades, et là-dessus l'opinion des auteurs est à peu près unanime, qu'il faut s'efforcer de prescrire une cure de repos dans un climat réparateur, des aliments appétissants et toniques.

Ce ne serait qu'en désespoir de cause, et peut-être dans un but psychologique, qu'on se verrait autorisé à tenter une intervention souvent réclamée par la malade et son médecin, qui aurait enfin trouvé un rein un peu abaissé ou un colon flottant.

Avant de terminer ce travail, nous citons, à titre d'exemple et pour montrer les difficultés du diagnostic, une observation inédite du D^r Marc Breton.

OBSERVATION N° 3

M^{me} L..., âgée de 46 ans. En juillet, août, novembre 1932, crises douloureuses que la malade qualifie de crises d'estomac. En novembre 1932, nous opérons la malade pour un volumineux fibrome dont la croissance paraît avoir été trop rapide. Nous avons pra-

tiqué un examen radiographique sommaire de l'estomac pour nous assurer qu'il ne s'agissait pas d'un cancer de l'ovaire avec métastases gastriques, et nous n'avions rien remarqué d'anormal au niveau du duodénum. Depuis l'intervention, presque chaque mois, les crises se reproduisent. Une crise plus violente, survenue au début de mai 1934, décide la malade à revenir nous consulter. Les crises débutent assez brutalement, en général, vers cinq heures de l'après-midi. *Toujours lorsque la malade est debout.*

Elle accuse une sensation d'étau au creux épigastrique, et sous le rebord costal droit; la douleur irradie vers la fosse iliaque. La malade n'est pas calmée lorsqu'elle s'allonge. La crise cesse brusquement après trois ou quatre heures. La malade n'a rien remarqué d'anormal du côté urinaire, soit au cours, soit à la fin de ses crises. Dans l'intervalle de ses crises, la malade est bien, mais elle ressent souvent une pesanteur gastrique après les repas et parfois une pesanteur dans le flanc droit.

L'examen physique ne révèle qu'une douleur so-
laire et une *légère ptose rénale droite*. La moitié inférieure du rein *seulement* est perceptible au cours des mouvements inspiratoires.

L'examen aux rayons (du 17 au 20 mai 1934) montre une très belle image d'infra-version des deux premières portions.

Image de ptose duodéno-pancréatique.

Il faut noter que le point déclive du duodénum à droite de la colonne, point correspondant à la partie moyenne de D2, *ne présente pas de stase et que le transit est normal à ce niveau.* En trois heures, l'estomac se vide complètement.

Il existe une ptose importante du colon droit dont l'angie droit est au-dessous de la crête, dont la partie moyenne touche le pubis et dont l'angle gauche déborde à peine la crête.

L'examen radiologique des reins montre, à droite, un rein abaissé, une déviation de l'uretère qui se rapproche de la ligne médiane, et peut-être une très légère dilatation de la cavité pyélique.

Mais, surtout au cours de la distension pyélique, apparaît une crise, crise qui dure quelques heures, et que la malade reconnaît être, en tous points, identique à ses crises précédentes.

Dans ce cas, l'histoire clinique nous laissait dans l'incertitude quant à l'origine duodénale ou rénale des crises; l'examen radiographique, qui montrait une image d'infra-version, faillit nous orienter vers le duodénum (bien qu'il n'existât aucune stase au point déclive). Mais l'apparition, au cours de la distension du bassin, d'une crise reconnue par la malade nous permit, en dehors de tout autre signe bien net, d'attribuer au rein mobile les crises pour lesquelles la malade était venue nous consulter.

La néphropexie, dans ce cas, était indiquée. Mais cette malade n'a pas été opérée, car ses crises ont été, naturellement, en s'espçant et en s'atténuant. Dans les derniers mois, M^{lle} L... ne souffrait presque plus du tout de son rein mobile.

CONCLUSIONS

Dans les chapitres précédents, nous avons montré que :

1° Il existe une image radiologique bien particulière, image de stase correspondant à une compression du duodénum par le rein.

2° Cette image radiologique a pour substratum des constatations anatomiques précises et incontestables. (C'est à M. ALGLAVE que revient le mérite d'avoir le premier étudié sérieusement et complètement cette question.

3° Un ensemble clinique spécial accompagne dans la plupart des cas cette image de stase : il en est probablement l'équivalent fonctionnel.

4° Mais toutes les causes donnant lieu à un obstacle ou à une gêne du transit duodénal se réclament de la même symptomatologie.

5° C'est donc la radiologie qui donne seule la clé du diagnostic. Mais les examens doivent être patients, répétés et consciencieux pour pouvoir élimi-

ner les fausses images de compression par le rein et permettre d'individualiser de façon précise celle que nous avons décrite au cours de notre travail.

6° C'est dans ce cas, en effet, que la néphropexie est indiquée de façon précise et qu'elle donne de bons résultats.

7° Mais nous avons attiré l'attention sur la nécessité qu'il y a d'examiner complètement les ptosiques cliniquement et surtout radiologiquement car, le rein ptosé comprimant le duodénum n'est que l'un des éléments du tableau clinique de la ptose : un bilan consciencieux est donc nécessaire pour savoir si la chirurgie est utile et quelle chirurgie.

8° C'est dans ce sens en effet qu'on pourra seulement poser les indications précises de néphropexie ; qu'on pourra prévenir sa malade ou son malade d'une intervention ultérieure possible, ou s'abstenir quand il n'existe pas de gêne du transit au niveau du duodénum ou du colon. C'est surtout dans la première partie de cette alternative que la chirurgie est utile aux ptosiques.

9° Il est évident en effet que toute intervention dans la ptose, dont l'indication n'est pas précise et immédiate, ne doit être proposée qu'après l'échec d'un traitement médical prolongé.

Vu le Doyen :

TIFFENEAU.

Vu le président :

LOEPER.

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris :

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Marion. — Traité d'urologie, t. I, 1935.

Guttman. — Syndromes douloureux de la région épigastrique. (Doin, 1934.)

P. Duval, J.-C.-H. Roux et Béclère. — Etudes médico-chirurgicales sur le duodénum. (Masson, 1924.)

Jules Luzoir. — De la néphropexie. *Thèse*, Paris, 1915.

Alglave. — *Thèse* de Paris, 1903-4. In *Revue de Chirurgie*, 1904, t. XXX, p. 730.

Terris. — Sténoses fonctionnelles du Duo. *Thèse*, Paris, 1925.

Alglave. — Contribution à l'étude des accidents provoqués par l'abaissement du rein droit au 3^e degré. — *Annales des maladies des organes glando-jonniaires*, vol. I, n^o 1, 1^{er} janvier 1907.

Amaraggi. — Stases viscérales chroniques et viscéroptoses.

Alglave. — Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie, t. XLVI, n° 23, 29 juin 1920.

Navarro. — Société nationale de Chirurgie, 13 mars 1929.

M. Breton, de Pontoise. — Compression du Duo par le rein droit ptosé. Journal de Radiologie et d'électrologie, n° 7, tome, 20 juillet 1936.

M. Breton. — Société nationale de Chirurgie, 25 mai 1935.

Alglave. — Société nationale de Chirurgie, 15 mai 1935.

Alglave. — Presse Médicale, 17 mai 1913.

Breton. — Société nationale de Chirurgie, 18 mai 1927.

Breton, Barret, Blondeau. — L'image radiographique d'infra-version des deux premières portions du Duo. Journal de Radiologie et d'Electrologie, t. XIII, n° 9, septembre 1929.

Duval. — Journal de Chirurgie, 1932, p. 161.

Duval et Patel. — Duodénopexie associée à la suspension du segment pyloro-duodénal. Traitement du Duodénum mobile partiel.

Duval, J.-C.-H. Roux et Béclère. — Radiologie clinique du tube digestif. Estomac duodénum. (*Masson*, 1927.)

